

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3494

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Amedjar Said

Date de naissance : 08/04/1957

Adresse : Réid. WAFA 1 Imm. 3 Apt. 12 EL OULEFA - CASA

Tél. : 07 698 6761

Total des frais engagés : 271,40

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Mohamed EL AMRANI**  
Néphrologie Diplômé de l'ULB  
Ancien Interne Hôpital Necker  
PARIS

252, Bd Ibn Sina, Casablanca

Tél: 05 22 39 13 12

Date de consultation : 1/3/2024

Nom et prénom du malade :

AMEDJAR SAID

Age: 66 ans

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Goutte, hypertension, maladie de l'œil

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous-pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 01/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/3/2024	02		200 / 5	 Dr. Mohammed EL AMRAOUI Médecin Diplômé de l'ULB Internie Hôpital Necker Paris Casablanca 13/12

Dr. Mohamed EL AMRAI  
Néphrologie Diplôme de l'ULB  
Faculté de Médecine PARIS  
Médecin Interne Hôpital Necker  
100 Sina Casablanca  
Tunis 2239 13 12

## **EXECUTION DES ORDONNANCES.**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dern Rabie El Ouaissi N° 15 Hay Hassouna Casablanca	01/03/2024	77,40

**FINANCES**, Box 108  
Tel: 05 21 29 42

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CENTRE DE DIALYSE KHEIR

Dr. Mohamed ELAMRANI

Néphrologue diplômé de l'ULB

Ancien interne hôpital Necker - Paris

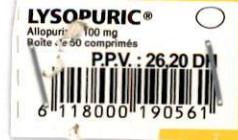
Membre société française de néphrologie et  
De la société européenne de transplantation rénale



090001116

CASABLANCA, LE

1 / 3 / 2024



M<sup>r</sup> AMED JAR (SA)

- Diurese forte = Dr. eau 100.000 AMRANI ULB

1 ampoule | M<sup>r</sup>

26.00  
26.00

- Hydromic 100

M<sup>r</sup> x 2



- Colchicine



Dr. Mohamed EL AMRANI  
Néphrologue diplômé de l'ULB  
Ancien interne Hôpital Necker  
252, Bd Ibn Sina, Casablanca  
0252, Tel: 05 22 39 13 12  
- 1 Boîte (2 Boîts) = (dr. eau 80.000)



27,40



Dr. Mohamed EL AMRANI  
Néphrologue diplômé de l'ULB  
Ancien interne Hôpital Necker  
PARIS  
252, Bd Ibn Sina, Casablanca  
Tél: 05 22 39 13 12

05 22 39 13 12 - 252 شارع ابن سينا، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 39 13 12  
Centre de Néphrologie et d'Hémodialyse KHEIR - 252 Bd Ibnou Sina, Casablanca - Tél.: 05 22 39 13 12  
Fax : 05 22 36 72 69 - E-mail : mohamed.elamrani1964@gmail.com INP : 7195094 - INPE : 091047431

Patente : 34800026 - IF : 40700183 - ICE : 001688115000031 - CNSS : 6014435

الدكتور محمد العمراني

اختصاصي في أمراض الكلى من بروكسل

طبيب داخلي سابق بمستشفى تكير بباريس

عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض الكلى

عضو بالجمعية الأوروبية لنفritis الكلوي